

**ESTADO DE MARYLAND**  
**CONVENIO ENTRE EL PACIENTE TUBERCULOSO Y EL MÉDICO**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. del Récord \_\_\_\_\_

- Estoy enterado que tengo tuberculosis (TB) presuntiva o confirmada.
- La TB puede ser propagada a otras personas tosiendo, hablando o cantando.
- El tratamiento para la TB consiste en tomar varias drogas por un periodo prolongado.
- Mi médico debe reportar mi enfermedad TB a el departamento de salud.
- La función del departamento de salud es asegurarse que mi enfermedad TB sea tratada.
- Estoy enterado que el departamento de salud puede tomar medidas legales si yo no sigo los consejos de mi médico relacionados con mi tratamiento de la TB.

**Responsabilidades del Paciente**

**Soy responsable de:**

- Fijar citas regulares con la clínica para obtener mi medicamento para la TB.
- Tomar mi medicamento para la TB, cada día, como se me ha dicho que lo tome.
- Llamar a la clínica si tengo problemas con mi medicamento para la TB.
- Decirle a mi médico o enfermera información completa cuando me preguntan acerca de enfermedades pasadas o corrientes o medicamentos que estoy tomando.
- Cumplir con las citas para mi tratamiento para la TB.
- Informarle a la clínica lo mas pronto posible si no puedo cumplir con una cita y fijar una nueva cita.
- Informarle a la clínica acerca de cualquiera que haya podido estar expuesto a mi TB.
- Colaborar con las pruebas relacionadas con mi tratamiento para la TB (esputo, radiografías del pecho, etc.).
- Informarle a la clínica acerca de cualquier cambio en mi dirección o teléfono.

**Responsabilidades del Médico**

**Soy responsable de:**

- Explicar claramente la enfermedad de TB y el riesgo para usted y otros con quienes tenga contacto, incluyendo a su familia.
- Contestar preguntas acerca de sus cuidados y medicamentos para la TB.
- Informarle a usted acerca de cualquier cambio en su salud (pruebas de laboratorio, radiografías del pecho, etc.).
- Asegurar que usted reciba su medicamento para la TB en el tiempo que acordemos.

**Pacto del Tratamiento**

- He leído o me han leído este convenio, me han contestado mis preguntas, y tengo una copia para guardar.
- Estoy enterado que la medicina se me ha dado para curar mi TB.
- También estoy enterado que como la TB puede propagarse a otras personas, es mejor para mi salud y la salud de otros que me tome la medicina.
- Acepto seguir las órdenes del médico para el tratamiento de la TB y tomar mi medicina para la TB.

**Firma del Paciente o Guardián**

**FECHA**

**Firma del Médico**

**FECHA**

DHMH 4511 (9/95)

SPANISH

COPIA DEL MÉDICO – BLANCA

COPIA DEL PACIENTE - AMARILLA